

## 自助服务申请信

DCSS 0597 CHI (11/18/08)

为了设立子女抚养案,您必须填写所附的表格。在填表之前,请仔细阅读《儿童福利手册》和《儿童福利执行计划通知》。从这些表格中,您可以了解可获得的服务、您的权利、义务以及加州儿童福利局的责任。请将填写好的申请表连同所有表格邮寄至或亲自送至您目前居住地所在县的地方儿童福利局。以下是地方儿童福利局的名单。

**Alameda County DCSS**

5669 Gibraltar Drive  
Pleasanton, CA 94588

**Alpine County DCSS--Central Sierra**

75 A Diamond Valley Road  
Markleeville, CA 96120

**Amador County DCSS**

639 New York Ranch Road  
Jackson, CA 95642

**Butte County DCSS**

1474 Myers Street  
Oroville, CA 95965

**Calaveras County DCSS**

509 E. Saint Charles  
San Andreas, CA 95249

**Colusa County DCSS**

217 9th Street, Suite A  
Colusa, CA 95932

**Contra Costa County DCSS**

50 Douglas Drive, Suite 100  
Martinez, CA 94553-8507

**Del Norte County DCSS**

983 3rd Street  
Crescent City, CA 95531

**El Dorado County DCSS**Placerville Office

3057 Briw Road, Suite B  
Placerville, CA 95667

South Lake Tahoe Office

3368 Lake Tahoe Boulevard  
Suite 100  
South Lake Tahoe, CA 96150

**Fresno County DCSS**

2220 Tulare Street Suite 310-P  
Fresno, CA 93721

**Glenn County DCSS**

120 S. Marshall Avenue  
Willows, CA 95988

**Humboldt County DCSS**

2420 Sixth Street  
Eureka, CA 95501

**Imperial County DCSS**

2795 South 4th Street  
El Centro, CA 92243

**Inyo County DCSS--Eastern Sierra**

230 W. Line Street  
Bishop, CA 93514

**Kern County DCSS**

1300 18th Street  
Bakersfield, CA 93301  
Ridgecrest Office  
400 N. China Lake Boulevard  
Ridgecrest, CA 93555

**Kings County DCSS**

525 W. 3rd Street  
Hanford, CA 93230

**Lake County DCSS**

525 N. Main Street  
Lakeport, CA 95453

**Lassen County DCSS**

1600 Chestnut Street  
Susanville, CA 96130

**Los Angeles County DCSS**Division I Office

(San Fernando Valley, Antelope Valley,  
Glendale, Burbank, West Los Angeles,  
Santa Monica, Venice)

15531 Ventura Boulevard  
Encino, CA 91463

Division II Office

(Central Los Angeles,  
East Los Angeles, Highland Park,  
Bell Gardens, Hollywood,

Exposition Park, Pico Rivera)  
5770 S. Eastern Avenue  
Commerce, CA 90044-2924

Division III Office

(San Gabriel Valley, Covina, El Monte,  
Pasadena, Pomona, West Covina)

2934 E. Garvey Avenue  
West Covina, CA 91791

**Los Angeles County DCSS (continued)**Division IV Office

(South Central Los Angeles,  
Southwest Los Angeles, Huntington Park,  
Manhattan Beach, Downey, Lawndale)  
8300 S. Vermont Avenue  
Los Angeles, CA 90044

Division V Office

(Norwalk, Compton, Torrance, Lakewood,  
Paramount, San Pedro, Long Beach,  
Harbor City, Carson)  
20221 S. Hamilton Avenue  
Torrance, CA 90502

Division VI Office

(Antelope Valley)  
1020 E. Palmdale Boulevard  
Palmdale, CA 93550

**Madera County DCSS**

120 N. Lake Street  
Madera, CA 93638

**Marin County DCSS**

7655 Redwood Boulevard  
Novato, CA 94945-1408

**Mariposa County DCSS**

5070 Bullion Street  
Mariposa, CA 95338

**Mendocino County DCSS**

107 S. State Street  
Ukiah, CA 95482

**Merced County DCSS**

780 Loughborough Drive  
Merced, CA 95348

**Modoc County DCSS**

1030 N. Main Street  
Alturas, CA 96101

**Mono County DCSS--Eastern Sierra**

Sierra Center Mall  
452 Old Mammoth Road, Third Floor  
Mammoth Lakes, CA 93546

**Monterey County DCSS**

752 La Guardia Street  
Salinas, CA 93905

## 自助服务申请信

DCSS 0597 CHI (11/18/08)

**Napa County DCSS**929 Parkway Mall, Suite 247  
Napa, CA 94559**Nevada County DCSS**Sierra Nevada Regional DCSS  
840 E. Main Street, Suite A  
Grass Valley, CA 95945**Orange County DCSS**1055 N. Main Street  
Santa Ana, CA 92701**Placer County DCSS**Auburn Office11795 Education Street, Suite 101  
Auburn, CA 95602-2454Tahoe Office5225 North Lake Boulevard  
Carnelian Bay, CA 96140**Plumas County DCSS**522 Lawrence Street  
Quincy, CA 95971**Riverside County DCSS**2041 Iowa Avenue  
Riverside, CA 92507-2414San Jacinto Office1370 South State Street, Suite A  
San Jacinto, CA 92583-9986Blythe Office1287 West Hobson Way  
Blythe, CA 92225-1423Indio Office47-950 Arabia Street  
Indio, CA 92201-6828**Sacramento County DCSS**3701 Power Inn Road  
Sacramento, CA 95826**San Benito County DCSS**2320 Technology Parkway  
Hollister, CA 95023**San Bernardino County DCSS**10417 Mountain View  
Loma Linda, CA 92354Desert Region

15400 Civic Drive

Victorville, CA 92392

West Valley Region10565 Civic Center Drive  
Suite 250 East

Rancho Cucamonga, CA 91730

**San Diego County DCSS**Central County Courthouse  
220 W. Broadway, 6th Floor  
San Diego, CA 92101**San Francisco County DCSS**617 Mission Street  
San Francisco, CA 94105**San Joaquin County DCSS**826 North California Street  
Stockton, CA 95202**San Luis Obispo County**1200 Monterey Street  
San Luis Obispo, CA 93401**San Mateo County DCSS**555 County Center, 2nd Floor  
Call Box 8084  
Redwood City, CA 94063**Santa Barbara County DCSS**Santa Barbara Office4 East Carrillo Street  
Santa Barbara, CA 93101Lompoc Office401 East Ocean Avenue  
Lompoc, CA 93436Santa Maria Office201 South Miller Street, Suite 206  
Santa Maria, CA 93454**Santa Clara County DCSS**2851 Junction Avenue  
San Jose, CA 95134-1910**Santa Cruz County DCSS**420 May Avenue  
Santa Cruz, CA 95060**Shasta County DCSS**2600 Park Marina Drive  
Redding, CA 96001**Sierra County DCSS**Sierra Nevada Regional DCSS  
204 Durgan Flat Road, Suite C  
Downieville, CA 95936**Siskiyou County DCSS**1215 S. Main Street  
Yreka, CA 96097**Solano County DCSS**Fairfield Office435 Executive Court North  
Fairfield, CA 94534-9742Vallejo Office400 Santa Clara Street, Suite 110  
Vallejo, CA 94590**Sonoma County DCSS**1755 Copperhill Parkway  
Santa Rosa, CA 95403**Stanislaus County DCSS**251 E. Hackett Road  
Modesto, CA 95350**Sutter County DCSS**543 Garden Highway  
Yuba City, CA 95991**Tehama County DCSS**940 Diamond Avenue  
Red Bluff, CA 96080**Trinity County DCSS**716 Main Street  
Weaverville, CA 96093**Tulare County DCSS**Visalia Office8040 Doe Avenue  
Visalia, CA 93291-9721Porterville Office259 North Main Street  
Porterville, CA 93257-3736**Tuolumne County DCSS**975 Morning Star Drive  
Sonora, CA 95370**Ventura County DCSS**4651 Telephone Road, Suite 101  
Ventura, CA 93003**Yolo County DCSS**100 W. Court Street  
Woodland, CA 95695**Yuba County DCSS**5730 Packard Avenue, Suite 200  
Marysville, CA 95901

# 儿童福利服务计划通知

DCSS 0064 CHI (08/25/05)

## 儿童福利服务项目:

所有孩子都有权利获父母双亲的抚养。任何人,包括非监视父母,无论他或她是否获得公共援助,都可以申请儿童福利服务。这些服务都是免费的。提供的服务项目有:

- 为执行子女抚养费命令而寻找父母;
- 确认父权(法定父亲);
- 从法庭取得子女抚养费命令和/或医疗支持(医疗保险)命令;
- 执行子女抚养费命令和/或医疗支持(医疗保险)命令;
- 变更现有的子女抚养费命令和 /或医疗支持命令;
- 联合执行配偶赡养命令与子女抚养费命令;
- 收取和分发抚养费。

不提供监护和探视服务。

地方儿童福利局代表县提供服务。地方儿童福利局不能代表您,不能担任您的律师。您不是地方儿童福利局的委托人,地方儿童福利局可以在将来向您或父母另一方提供执行服务,您提供的信息不会按照律师与委托人之间特定的关系进行特别处理或保密。

## 与儿童福利局配合

在申请服务时,您必须与地方儿童福利局配合,提供一切必需的信息或文件,以确认父权和 /或找到父母另一方,并为您的孩子收取抚养费。您一旦向地方儿童福利局申请服务,地方儿童福利局将决定应采取哪些适当的行动。所有的抚养费必须交到州支付局。如果抚养费直接支付给了您,您必须将其转交到州支付局。

如果您在申请或正在获得儿童福利服务,当出现可能影响您的子女抚养案或影响地方儿童福利局工作的任何变化时,您有责任立即向地方儿童福利局报告这些变化。这些变化的例子如下:

- 孩子已不在您家中居住;
- 电话号码或地址已变更(包括搬迁到另一个县、州或国家);
- 不再享受公共援助,例如,“加利福尼亚工作机会及对儿童的责任(CalWork)”福利;
- 姓名变更;
- 进入离婚程序或与孩子有关的其它法律程序;
- 父母另一方的信息;
- 直接收到任何子女抚养费、配偶赡养费或家庭抚养费。

## 您的权利

您有权自费向私人律师或法律服务所寻求法律咨询。如果聘请律师,您必须告知地方儿童福利局。如果希望获得免费信息和/或法律援助,您可以与高等法院的家庭法协调员办公室联系。您也可以在法律服务处获得免费或优惠的法律服务

如果您已取得了加利福尼亚州的抚养费命令,您可以请求地方儿童福利局重新审查该命令,以确定是否应根据全州的标准来变更抚养费金额。如果抚养费金额不符合变更条件,您可以申请法庭变更已判决的金额。应您的要求,地方儿童福利局必须告诉您或父母另一方如何获得这样的申请表。家庭法协调员也可以提供免费帮助。地方儿童福利局必须告知您每一次父权或抚养费听证会的日期、时间和听证内容。您有权查阅法庭文件,除非因保密要求而被依法禁止查阅。

应您的要求,地方儿童福利局可以向您提供进入您的案件卷宗中的最新法庭命令复印件。您可以去法庭申请执行抚养费命令。但是,如果打算自己去申请,您必须提前通知地方儿童福利局。如果地方儿童福利局没有在 30天内对您的通知作出回复,或者,如果地方儿童福利局告知您可以自己申请执行,那么,您可以向高等法庭申请执行。但是,所有的抚养费必须通过地方儿童福利局支付。如果当事人不享受公共援助,地方儿童福利局在签署可能影响抚养费命令的协定前,必须先征得该子女抚养案中当事人的同意。

如果当事人享受公共援助,而且,被拖欠的抚养费金额超过了其所获公共援助的金额,那么,未经当事人同意,地方儿童福利局不得签署减少欠款的协定。

如果您不享受公共援助,州收取的抚养费按以下顺序分发:

1. 当月抚养费;
2. 利息;
3. 抚养费欠款;
4. 未来的抚养义务。

地方儿童福利局可以截留非监护父母应得的联邦所得税退税。截留款的使用方式不同于其它款项。根据联邦法律,不能用该款项支付当前抚养费,而是必须偿还抚养费欠款。如果监护方享受了公共援助,包括 Medi-Cal福利,则必须先偿还所欠政府的抚养费。

符合联邦退税扣除的各类抚养案件也符合行政扣除条件。可以对以下各类款项实行行政扣除,其中包括经常性款项和非经常性款项。经常性款项是指定期地、常规地或重复性地支付的款项。非经常性款项是指一次性发放的和不希望重复发放的款项,例如,一次性支付的?退休金。

目前符合行政扣除条件的联邦款项包括:联邦退休金、采购款和其它款项(即:开支报销款和旅行补贴)。

《美国法典》第31篇第3716条、第42篇第664条和第26篇第6402条以及《联邦法规》第45篇第303.72条允许行政扣除和联邦退税扣除。

儿童福利局还可以截留应属于非监护父母的州所得税退税和彩票奖金,将其按照《儿童福利计划》分配条例(《政策与程序手册》第12-415和12-420条)进行分配。州税局退税和彩票奖金截留款可先用于支付所有当月抚养费,然后偿还抚养费欠款,包括所欠的医疗支持费用。

加州不收取申请费,并向申请人提供免费的儿童福利服务。但是,有些州确实收取服务费。如果您的抚养案涉及到收费的州,他们可能会从抚养费中扣除服务费,或将其累加到欠款中。

## 抚养费收取和分发通知

监护方每月都会收到《子女抚养费收取和分发通知》。该通知将列出在通知所示的期间内收到抚养费的总额和分发情况,并指出这些款项是否用于支付当前抚养费或过去欠款。如果当月没有收到或分发抚养费,则不会寄出《抚养费收取和分发通知》。

## 医疗支持和Medi-Cal福利

如果缴纳合理的保险费即可参加医疗保险,父母中的任何一方或双方可能被要求为孩子办理医疗保险。

一般说来,如果参加供职单位的团体医疗保险或其它团体医疗保险,其保险费是合理的。但是,在确定保险费是否合理时,法庭还将考虑医疗保险费对父母的实际负担。

如果通过缴纳合理的保险费即可为孩子办理医疗保险,地方儿童福利局将请求法庭签发或变更子女抚养命令,要求父母提供医疗保险。监护父母也可以请求地方儿童福利局变更子女抚养费命令,增加医疗保险的条款。这可能会影响子女抚养费的月度金额。如果非监护父母被命令为孩子办理医疗保险,地方儿童福利局将与非监护父母联系,必要时还将联络其雇主,以确保让孩子参加医疗保险。地方儿童福利局在收到保单资料后将其提供给监护父母。

自己购买个人医疗保险并不妨碍监护方享受Medi-Cal福利。如果监护方享受Medi-Cal福利,同时,自己也购买了个人或?团体医疗保险(包括牙科或视力保险),根据联邦和州法律,监护方必须向县福利局(CWD)、医疗保健提供者和儿童福利局报告。不提供这类信息可能被判以轻罪。

当自己购买的医疗保险发生变化或已停止后,监护方必须在**10天内**向**CalWORK福利符合性审查员和/或儿童福利局**报告。监护方也必须向**CalWORK福利符合性审查员和/或儿童福利局**报告关于医疗保险的任何法庭命令。如果只享受Medi-Cal福利,监护方必须配合以确认父权和获得医疗支持。这种配合是继续享受Medi-Cal福利的前提,除非监护方已提出了不配合的“正当理由”(WA 51),并且得到了县福利局的批准。这样,您的孩子将仍然符合享受Medi-Cal福利的条件。此外,还将获得所有的儿童福利服务,除非监护方通知地方儿童福利局他或她不需要与医疗支持和父权确认无关的服务。获得医疗支持后,收到的子女抚养费金额可能会减少。如果父母双方在一起生活,地方儿童福利局仅提供确认父权的服务。

根据联邦法律[《美国法典》第42篇第1396(a)(25)条],在子女抚养费或医疗支持的执行过程中,Medi-Cal福利享受者的医疗保险费按如下方式使用:

医疗服务提供者将向Medi-Cal收费。Medi-Cal则向其支付费用。然后,Medi-Cal试图从其它医疗保险中收回该费用。您不需要承担任何保险费分摊金额(共同保险、共同支付或扣减),除非必须共同支付Medi-Cal的费用或分摊成本。如果您在提供私人医疗保险情况方面不配合,医疗服务提供者可能会向您收费。如果您另行购买的医疗保险是“预缴费健康计划(PHP)”或“保健组织(HMO)”的保险,您必须去指定的医院接受常规的医疗保健。除了不在服务区或进行紧急医疗,对于非PHP/HMO医疗提供者提供的服务,Medi-Cal将不支付费用。不在服务区接受服务或紧急医疗应由PHP/HMO付费。

---

有关儿童福利服务详情,请参阅《儿童福利手册》

## 非歧视声明

加利福尼亚州的政策是确保所有人都受到平等待遇,决不因为族群身份、种族、肤色、国籍、?政治派别或信仰、宗教、性别、年龄或残障等原因而不允许参与任何计划或服务,或不予提供这样的福利,或受到与他人不同的待遇。

每一个地方儿童福利局都设有一名指定的民权协调员。如果申请人/被服务者觉得他们已受到了歧视,可以对歧视进行投诉。可以先通过州客户服务支持中心(CSSC)的联系向地方儿童福利局指定的民权协调员投诉或向加州儿童福利局书面投诉。投拆信的收件人和地址如下**Attn: Human Services Section, Civil Rights Office, P.O. Box 419064, : Rancho Cordova, CA 95741-9064** 或拨打 **1-866-901-3212**。

## 投诉解决 - 州听证信息

### 投诉解决的权利：

- 如果您要对地方儿童福利局在处理您的子女抚养案中的任何行为或不作为进行投诉，您有权要求地方儿童福利局对投诉进行处理。
- 您可以填写《投诉解决申请书》进行书面投诉或致电地方儿童福利局进行电话投诉。
- **注意：您必须在有了明确的投诉理由（或应该知道了理由）后90天内申请投诉解决。**
- 除非地方儿童福利局在处理您的投诉时需要更多的信息或时间，否则，地方儿童福利局将在收到您的投诉后30天内向您书面通报投诉的处理结果。如果处理您的投诉需要更多信息或时间，地方儿童福利局将与您联系。

### 州听证的权利：

- 如果地方儿童福利局没有在收到您的投诉后30天内向您作出回复，您有权请求在行政法官面前举行州听证。**注意：您必须在向地方儿童福利局投诉后90天内申请州听证。**
- 如果地方儿童福利局确实在您投诉后30天内向您作出了回复，而您对投诉解决的结果或答复不满意，您有权请求在行政法官面前举行州听证。**注意：您必须在收到地方儿童福利局对您的投诉的书面回复后90天内申请州听证。**
- 您可以将《州听证申请表》寄至州听证局从而通过书面方式申请州听证，或拨打州听证局免费电话 1-866-289-4714 申请听证。
- 州听证局将通知您听证的日期、时间和地点。
- 如果需要，州听证局将在听证时为您提供翻译或残障协助。
- **注意：并非所有投诉都可以举行州听证。**

### 州听证仅限于以下事项：

- 关于儿童福利服务的申请被否决或者没有在规定的期限内处理。
- 在处理儿童福利服务案件时违反了联邦或加州的法律或条例，或违反了加利福尼亚儿童福利局的政策文件，或者案件没有在规定的时间内处理，包括获得、变更和执行子女抚养费命令以及子女抚养费会计帐目等服务。
- 收取的子女抚养费没有被分配，或分配分发不正确，或者地方儿童福利局计算的子女抚养费欠款金额有误。
- 地方儿童福利局决定撤销某项子女抚养案。

### 注意：以下问题不能进行州听证：

- 必须通过动议、陈述原因令或在法庭上诉解决的子女抚养问题。
- 对关于子女抚养费金额或欠款的任何法庭命令进行审查。
- 关于父权的法庭命令或类似裁决。
- 关于配偶赡养费的法庭命令。
- 关于子女监护权的裁决。
- 关于子女探视权的裁决。
- 因受到地方儿童福利局员工不礼貌的对待而对这些被指控的行为进行的投诉，除非这样的行为导致有必要举行听证。

### 督察员服务：

- 每一个地方儿童福利局都设有一名督察员。在投诉解决和/或州听证过程中，督察员向您提供帮助。
- 督察员可以帮助您获得关于投诉的信息，帮助您对州听证进行准备。
- **注意：督察员不能在州听证会上代表您或向您提供法律咨询。**

# 《儿童福利服务简明申请表》填写说明

DCSS 0373 CHI (08/16/04)

您的案件的处理情况取决于您在此表中提供的信息。请尽可能提供详尽的信息，完整地回答每一个问题。如果您不知道回答，请用印刷体填写“不知道”。如果该问题不适用，用印刷体填写“不适用”。

在开始填表前，请阅读《儿童福利手册》，其中介绍了地方儿童福利局的服务项目。也请阅读《儿童福利执行计划通知》，其中解释了您与地方儿童福利局之间的相互责任。地方儿童福利律师或首席律师或其任何代表都不是您或孩子的律师。

请用黑色墨水和印刷体清晰地填写所有表格。

## 监护方或监护人及孩子的情况

这一部分填写对孩子负主要监护责任者或监护方的信息。整个这一部分都请填写。如果您是监护方，务必提供您在白天的联系电话。

如果申请表上列出的孩子有不同的非监护父母，每一个非监护父母必须单独填写申请表。如果空白不够，可另附页或在第一页末尾的“说明栏”填写。

请列出为其申请福利服务的所有子女。填写每个孩子的全名，包括名、中间名、姓和后缀（Jr., Sr, III等）

这一部分有几个问题关系到申请书上所列孩子的生父的认定。其中一个问题询问是否已签署《父亲声明》。《父权声明》是一个法律文件，一旦由父母双方签署（通常在医院或诊所），则承认该男士为孩子的法定父亲。签署《父亲声明》并提交加州儿童福利局后，则不去法庭即在法律上确认该男士为孩子的父亲。

第二个问题询问是否已签发了《父权裁决》。《父权裁决》是由法庭签发的命令，它通过法律程序确认孩子的生父。在签发子女抚养费命令之前，法庭必须确认孩子的生父。

说明:必要时可将本栏用作附加空格，或填写您认为对我们获得或执行子女抚养费命令可能有帮助的任何其它信息。您可以填写另一方的有关情况，例如，脾气，是否拥有火枪或手枪，是否威胁过您或孩子等等。

## 非监护父母的情况

如果您是监护方，这一部分可能要求您查看以前的文件，查找所要求的某些信息。如果我们在这一部分了解更多信息，则我们能更快更好地为您服务。

可能的话，请提供非监护父母的社会安全号码。如果您不知道准确的出生日期，请填写大概年龄。

请提供非监护父母的所有的财务信息。必要时请另附页或在第一页的“说明栏”中填写。

如果您是非监护方，务必向我们提供你在白天的联系电话。

## 申请人签名

没有您的签名，我们不能为您立案。您的签名表明：您已尽量完成了申请表上的问题，您要求设立此案，您已仔细阅读了签名行以上的内容。

空白页



# 儿童福利服务简明申请表

DCSS 0373 CHI (08/16/04)

申请人姓名 (填表人)

本人是:  监护方  非监护父母

注: 监护方是对未成年孩子负主要监护责任的人或一方。

## 监护方或监护人及孩子的情况

全名 (姓、名、中间名)		电话号码 住宅电话: 工作电话: 移动电话: 其它 (请说明):	最佳联系时间 <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午
婚前姓名 (如果有)	与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲 <input type="checkbox"/> 其它 (请说明)		最佳联系时间 <input type="checkbox"/> 住宅电话 <input type="checkbox"/> 移动电话 <input type="checkbox"/> 工作电话 <input type="checkbox"/> 其它
现配偶姓名			
地址 (街道, 市, 州, 邮政编码)		电子邮件地址	

目前监护方与非监护父母一起生活吗?  是  否 (如果“否”, 填写上一次一起生活的日期和地址)

日期	地址 (街道, 市, 州, 邮政编码)						
社会安全号码	驾驶执照号码	州	出生日期或大概年龄	出生地	种族	在家中所讲的第一语言	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男

现雇主名称 - 如果目前没有工作, 请用印刷体在此处填写“失业” 工作职务或职业 月总收入 \$

现雇主地址 (街道, 市, 州, 邮政编码)	为孩子办理了医疗保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	一名亲戚或朋友的姓名和电话号码
------------------------	---	-----------------

结婚日期与地点 (如果从未结婚, 填写“无”)				离婚日期与地点 (如果没有离婚, 填写“无”)			
结婚日期与非监护父母	县	州	<input type="checkbox"/> 无	离婚日期	县	州	<input type="checkbox"/> 无

- 如果父母没有结婚, 请回答以下1-5问。
- 非监护父母曾在加州居住过吗?  是  否 如果“是”, 何时? \_\_\_\_\_ 何地? \_\_\_\_\_
  - 非监护父母曾在加州工作过吗?  是  否 如果“是”, 何时? \_\_\_\_\_ 何地? \_\_\_\_\_
  - 孩子是在哪一个州怀孕的?  
(用数字对以下每一个孩子编号) . . . . . 孩子# \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 孩子# \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 孩子# \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_
  - 《父权声明》是在加利福尼亚的医院或机构签署的吗?  是  否  不知道 如果“是”, 何地? \_\_\_\_\_
  - 进行了父权裁决吗?  是  否  不知道 如果“是”, 何地? \_\_\_\_\_

曾有另一家儿童福利局提供服务吗? (如果“是”, 请填写日期、市和州)

服务日期 从: _____ 至: _____	在哪个城市和州接受了服务	未成年子女收到了现金资助 (福利) 吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
---------------------------	--------------	---

法庭命令非监护父母为下列孩子支付子女抚养费吗?  是  否  正在办理

法庭命令#	命令金额 \$ _____ <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每月	命令日期	县	州
-------	--	------	---	---

列出该非监护父母所有其它未成年子女的全名 (如果孩子尚未出生, 填写“未出生”及预产期)。(对于另一非监护父母的子女, 要求单独申请)

如果孩子尚未出生, 在此处填写“未出生”				未出生孩子的预产期	
姓名	性别	出生日期	出生地 (市和州)	社会安全号码	与您一起生活的孩子
1.					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2.					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

列出与该非监护父母没有关系的其它未成年子女的全名

姓名	出生日期	与您一起生活的孩子
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

说明 (如空格不够, 请附另页)

## 非监护父母的情况

全名(姓、名、中间名)		电话号码 住宅电话: 工作电话: 移动电话: 其它(请说明):			
婚前姓名(如果有)	与孩子的关系 <input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲				
现配偶姓名					
非监护父母的其它名字或别名		电子邮件地址			
地址(街道, 市, 州, 邮政编码)		<input type="checkbox"/> 当前使用 <input type="checkbox"/> 截止(日期)前使用			
社会安全号码	驾驶执照号码	州	出生日期或大概年龄	出生地	性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男

目前处于保释或假释吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
目前在狱或被监禁吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果“是”, 填写以下信息:				
日期	机构	市	州	违法事实(原因)

非监护父母是美国公民吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“否”, 请在此处填写国籍:
--------------	---	------------------

外貌特征: (请提供相片)		
种族	肤色	第一语言
头发颜色	身高	识别特征(胎记、疤痕、纹身等)
眼睛颜色	体重	

现雇主名称(如果目前没有工作, 请用印刷体填写“失业”)	<input type="checkbox"/> 当前使用 <input type="checkbox"/> 截止(日期)前使用	为孩子办理了医疗保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	月总收入 \$
现雇主地址(街道, 市, 州, 邮政编码)			

如果失业或现雇主不详, 在下面填写上一次雇主的名称、地址和电话号码。

上一次雇主名称	上一次雇主的地址(街道, 市, 州和邮政编码)	电话号码(包括区号)
---------	-------------------------	------------

通常职业, 手艺、工作职务或技能	现役军人: 在何部队? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
------------------	---

非监护父母是工会会员吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工会名称及号码	工会地址(街道, 市, 州和邮政编码)
---	---------	---------------------

如果是自雇者, 企业名称是什么?	月总收入
固定工? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果否, 请解释:	\$

列出任何其它的收入或资产来源(例如, 退伍军人福利金, 社会保障伤残补助金, 利息, 红利, 信托金, 车辆, 船只, 房地产等。必要时附另页)。

母亲的婚前姓名(姓, 名)	母亲的街道地址, 市, 州和邮政编码	母亲的电话号码
父亲的姓名(姓, 名)	父亲的街道地址, 市, 州和邮政编码	父亲的电话号码

现配偶、朋友或亲戚的姓名和地址			
姓名	关系	街道地址, 市, 州, 邮政编码	电话号码

探视子女吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“是”, 每月探视几次?
还要支付任何其它子女抚养费吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“是”, 请填写金额: \$
家里还有任何其它未成年的子女吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果“是”, 有几个子女?
目前的婚姻状况:	<input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 与第三者同居	

本人申请加州儿童福利局为我提供以下服务(勾选所有合适的项目):		
<input type="checkbox"/> 确认父权 <input type="checkbox"/> 获得子女抚养费命令 <input type="checkbox"/> 执行现有的子女抚养费命令和配偶赡养费命令(包括欠费)?	<input type="checkbox"/> 变更现有的子女抚养费命令 <input type="checkbox"/> 获得医疗保险命令 <input type="checkbox"/> 执行现有的医疗保险命令	<input type="checkbox"/> 目前不需要执行医疗保险命令。孩子已通过 <input type="checkbox"/> 监护父母 <input type="checkbox"/> 非监护父母 参加了令人满意的医疗保险。

本人申请《社会保障法》第IV-D部分“儿童福利计划”的福利服务。本人声明, 我已审读了本问卷, 就本人所知所信, 本问卷提供的信息真实准确。如有虚假, 愿受惩罚(《刑法》第118条)。

申请人签名	日期
-------	----

## 秘密父权问卷（第一部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

请尽量完整填写此表。

案件名称

## 隐私权声明

根据1977年《个人信息保护条例》（《民法典》第1798.17条）和1974年《联邦隐私权法》（第93-579号公法），向个人收集个人信息时，必须提供此声明。本表格所要求的信息，包括社会安全号码，供加州儿童福利局（DCSS）使用，用于识别您的身份和与您通信联络。根据《社会保障法》第466(a)(13)条，对必须执行离婚批判决书、抚养命令、父权确认或声明的任何个人，加州儿童福利局必须收集其社会安全号码。提供社会安全号码是强制性的，该号码将在地方儿童福利局备案，用于寻找和识别当事人及其资产，以确定、变更和执行其子女抚养义务。为孩子办理医疗保险时，可能要求向父母另一方的雇主透露孩子的社会安全号码和邮寄地址，或将孩子的社会安全号码透露给父母另一方。您的抚养案信息可能会提供给州和能合法获得这类信息的其它机构或供他们讨论，也可能在法律允许的范围内提供给父母另一方或其律师。

## 1. 请填写母亲的以下个人信息。

母亲姓名		母亲出生日期	
地址	街道	市	州 邮政编码
社会安全号码	住宅电话	工作电话	留言电话

## 2. 请填写孩子的以下个人信息。

孩子姓名	出生日期（或预产期）
出生地	社会安全号码

## 3. 请填写父亲的以下个人信息。

父亲姓名		出生日期				
最近所知的地址	街道	市	州 邮政编码			
最近所知的电话号码	住宅电话	工作电话	留言电话			
最近所知的工作单位（企业性质、名称）						
最近所知的工作单位地址						
体貌特征	身高	体重	头发颜色	眼睛颜色	肤色	种族

## 4. 有任何法庭命令确认孩子的父亲吗？

 是  否

法庭名称	开庭日期	案件编号
------	------	------

(法庭认定的父亲姓名及地址（如果不同于以上地址）

结果：

裁决的子女抚养费金额：

如果法庭确认了父权，或已签署了“父权声明”并在加州备案，则不要求继续回答。请在此表末尾签名。

# 秘密父权问卷（第二部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

5. 您怀孕时结婚了吗？如果是，请解释： 是  否

丈夫姓名  您怀孕时与丈夫住在一起吗？ 是  否

您们是何时分手的？ 您怀孕时您丈夫是否是性无能或没有生育能力？ 是  否

如果您在怀孕的时候与您的丈夫住在一起，而且他并非性无能或并非无生育能力，则不必继续回答，请在下面签名。如果不是，则在下面签名后完成第二部分。

## 6. 说明

本人声明，就我所知所信，此表提供的信息真实无误，如有虚假，愿受惩罚。

签名  年/月/日

签署地点  市  县  州

注：如果您在加州境外签署，应对此表进行公证。

## 秘密父权问卷（第二部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

如果与您面谈时孩子的父亲在场，他愿意在法律上承认其父亲身份，并且在确认父权时积极配合，那么，您这次不需要填写第二和第三部分。	案件名称
--	------

1. 母亲姓名	
2. 在哪一天怀孕的？	在何地点怀孕？

为什么您认为该日期是正确的？

3. 填写出生证上登记的父亲姓名。
如果他第一部分第三问中回答的人不是一同一人，请解释。

4. 该父亲同意在孩子出生证上登记他的名字吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--

5. 该父亲曾见过这个孩子吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，他说了或做了什么？
--	---------------

6. 该父亲因为孩子而给过您财物吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	解释：
---	-----

7. 该父亲曾与这个孩子一起生活过吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，何时何地？
--	-----------

8. 该父亲曾承认过这孩子是他的吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	解释：
---	-----

如果该父亲曾向一些人承认过父亲身份，请提供这些人的姓名和地址。

9. 该父亲愿意签署一项声明以承认自己是孩子的父亲吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--

10. 您曾收到过该父亲寄来的信函（明信片 and 信件）而其中提及您的怀孕情况、您做母亲的情况或孩子吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	何时收到的？
--	--------

他说了些什么？

# 秘密父权问卷（第二部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

11. 您与该父亲曾一起生活过吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，填写日期。
日期和地址：	
12. 您与孩子的父亲曾结过婚吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，填写结婚日期。
分手日期	
13. 在您怀孕的前一个月、当月和后一个月您还与任何其它人有过性关系吗？  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是，填写姓名和地点。

14. 说明

---



---



---

本人声明，就我所知所信，此表提供的信息真实?无误，如有虚假，愿受惩罚。

签名	年 月 日 签署
签署地点            市                    县	州

注：如果您在加州境外签署，应对此表进行公证。

## 秘密父权问卷（第三部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

如果与您面谈时孩子的父亲在场，他在法律上承认其父亲身份，并且在确认父权时积极配合，那么，您这次不需要填写第二和第三部分。		案件名称
1. 母亲姓名	父亲姓名	
2. 您为什么认为此人是您孩子的父亲？		
3. 您何时开始与孩子的父亲约会？		
4. 您在何时以及在何城市或城镇与孩子的父亲发生了第一次性关系？		
5. 您何时以及在何城市或城镇与孩子的父亲发生了最后一次性关系？		
6. 如果有人（朋友、亲戚、邻居、房东）见到您与孩子的父亲在一起，请填写这些人的姓名和地址以及他们在哪些地方看见过您们在一起：		
7. 您和孩子的父亲在汽车旅馆或宾馆登记过吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
请填写曾见到您们在一起住宿的任何目击者的姓名和地址。		如果是，何时何地？
8. 孩子的父亲使用过任何避孕方法吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		如果是，请列出使用的方法。
9. 在这次怀孕前您的最后一次月经期是哪一天？		
10. 孩子出生时的体重是多少？		
11. 怀孕期您的医生叫什么名字？		
医生的地址：		
12. 您的怀孕情况告诉了孩子的父亲吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		由谁告知的？
孩子的父亲说了些什么？		
在告知他的时候还有谁在场？		
13. 您曾与孩子的父亲讨论过您的怀孕情况吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		说了些什么？
还有谁听到了这些讨论？		
14. 孩子的父亲曾在您怀孕期间向您另外支付或答应另外支付费用吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		解释：

## 秘密父权问卷（第三部分）

DCSS 0095 CHI (08/16/04)

15. 孩子的父亲曾支付或答应支付与您怀孕有关的门诊、住院或医疗费吗？  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	解释：
16. 关于孩子的问题，您曾向孩子的父亲写过信吗？  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	何时写的？
您说了些什么？	
17. 孩子长得象其父亲吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在哪些方面像？
18. 孩子的父亲在申报所得税时曾声称自己有孩子吗？  <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	何时？

19. 说明

本人声明，就我所知所信，此表提供的信息真实无误，如有虚假，愿受惩罚。

签名	年 月 日签署
签署地点                    市                    县                    州	

注：如果您在加州境外签署，应对此表进行公证。



# 福利服务申请表

DCSS 0055 CHI (08/16/04)

CSE 案件编号:

说明:请在下面各处签名之前仔细阅读。在两处签名后才能立案。

我请求地方儿童福利局帮助我申请子女抚养费命令、确认孩子父权或执行我现有的抚养费命令。

我知道,我是在申请《社会保障法》第IV-D部分“儿童福利服务计划”提供的服务。

出现以下情况时,我将立即通知儿童福利局:

- 每当一名子女结婚时;
- 每当一名子女年满19岁或年满18岁并已不是全日制学生时(以最先符合者为准);
- 如果我的家庭住址、邮寄地址或电话号码发生改变;
- 如果我的雇主(包括名称、地址和电话号码)发生改变;
- 如果我的收入发生变化;
- 如果我的医疗保险状态、保险费或可用性发生改变;
- 如果父母另一方的地址发生改变;
- 如果父母回来和孩子住在一起;
- 如果孩子的监护权、照管权或探视权发生改变。

我知道地方儿童福利局不能代表我、父母另一方或孩子(本案主体)。地方儿童福利局与我、父母另一方或孩子之间不存在律师与委托人的关系。地方儿童福利局向我提供我所申请的福利服务时,不会出现律师与委托人之间的关系。

本人声明,我已阅读、了解并同意上述所有条款。如有虚假,愿受惩罚。

姓名 (印刷体)

签名

日期

空白页

法律规定，加州儿童福利局（DCSS）必须向联邦政府提供子女抚养案信息。联邦政府的数据库收集美国所有的子女抚养案信息。应其它儿童福利机构的请求，联邦政府将向其提供案件信息。但是，如果您或本案中的孩子是家庭暴力的受害者，您可以请求不要透露您的案件信息。

如果您认为向联邦政府披露有关您的案件信息可能会对您或本案中的孩子造成身体或精神伤害，请填写好《家庭暴力问卷》（DCSS 0048），并寄回地方儿童福利局。为了处理您的请求，您必须将问卷填写完整。

请将填写的表格寄往：地方儿童福利局

如果您或本案中的孩子不是家庭暴力的受害者，您不必返回此表。您还必须了解，在没有法庭命令的情况下，法律禁止加州儿童福利局向另一方透露本案中您的个人信息。但是，包含您个人信息的某些文件可能在法院备案。

如果您有任何疑问，请拨打 **1-866-901-3212** 与我们联系，请在电话中提供案件编号。

空白页

# 家庭暴力问卷

DCSS 0048 CHI (11/08/05)

说明：如果您不填写此表并返回给我们，加州儿童福利局或联邦政府可以将您的案件信息提供给法庭和儿童福利机构，还可能提供给孩子父母的另一方。

您的姓名：\_\_\_\_\_

案件编号：\_\_\_\_\_

另一方的姓名：\_\_\_\_\_

## 第一部分：对每个问题勾选合适的选项。

- 1. 本案中的另一方是否曾有家庭暴力或虐待儿童的行为从而使您或本案中的孩子成为受害者？  是  否
- 2. 对本案中的另一方，您持有限制令、紧急保护令或禁止接近令吗？  
如果“是”，请附上该命令复印件，并填写以下信息：  是  否

县/州：\_\_\_\_\_

命令/判决编号：\_\_\_\_\_

失效日期：\_\_\_\_\_

- 3. 如果您或本案中的孩子享受公共援助，当另一方对您或本案中的孩子进行身体、性或精神伤害的危险增加时，福利部门可以重新审查您的案件，以确定是否符合撤案条件（被称之为有“正当理由”撤销抚养案件）。您希望重新审查您的案件吗？  是  否

## 第二部分：如果第一部分中的任何一个问题您回为“是”，则必须完成这一部分。

请提供家庭暴力详细信息，包括日期、时间、地点和证人。必要时可附另页）。


# 家庭暴力问卷

DCSS 0048 CHI (11/08/05)

第三部分：请勾选以下合适的选项，签名和署上日期后将此表返回至：

地方儿童福利局

向外透露我的地址或关于我的所在地的其它信息，可能对我或本案中的孩子构成危害。我请求不要将这些信息提供给本案中的另一方。我的请求持续有效，除非我书面通知 地方儿童福利局 这些信息已可以透露，并且 地方儿童福利局 确认收到了我的通知。我知道，根据联邦法律，被授权人可以向有权签发或执行子女抚养费命令或探视命令的法庭书面请求我的信息。如果法庭命令将我的案件信息透露，地方儿童福利局将书面通知我。

本人声明，以上信息真实无误。如有虚假，愿接受加利福尼亚州法律的惩罚。

姓名（印刷体）

签名

日期

## 隐私权声明

1997年《个人信息保护条例》（《民法典》第1798.17条）和1974年《联邦隐私权法》（《美国法典》第五篇第552a(e)(3)条和第7条注释）规定，向个人收集个人信息时，必须提供本声明。本表所要求的信息供给加州儿童福利局和地方儿童福利局使用，以便在发生家庭暴力和/或儿童虐待的情况下对个人信息进行保密。您的信息可能会在法律允许的范围内透露给联邦政府和其它公共机构。如果您不提供这些信息，加州儿童福利局将无法为其保密。

负责保存此表的当局官员及地址：DCSS Records Officer, PO Box 419064, MS-70, Rancho Cordova, CA 95741, 传真号码：(916) 464-5064。收集和保存此类个人信息的法律依据包括《加州法规条例》第22篇第112110(h)、112300、112301和112302条以及《家庭法典》第17212条。您的子女抚养费案结案后，本表复印件将在加州儿童福利局或地方儿童福利局保密保存4年零4个月。您可以向(916) 464-5064发送传真索取此表格。

如果您对此通知有任何疑问或疑虑，请拨打 1-866-901-3212 ，与我们联系。

# 探视确认书

DCSS 0053 CHI (08/29/05)

CSE案件编号:

填表人姓名:	本人是 <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 非监护父母
--------	---

## 第一部分 非监护父母实际探视

### 说明:

填写过去12个月的探视情况,即:过去 12个月内每个月非监护父母探视子女的小时数。

举例:如果过去12个月是指2002年6月至2003年5月, 请在下?表左侧填写 6-12月的情况, 年份填写2002年。在下表右侧填写1-5月的情况, 年份填写2003年。

月/年	非监护父母每月探视子女的小时数	月/年	非监护父母每月探视子女的小时数
1月/		1月/	
2月/		2月/	
3月/		3月/	
4月/		4月/	
5月/		5月/	
6月/		6月/	
7月/		7月/	
8月/		8月/	
9月/		9月/	
10月/		10月/	
11月/		11月/	
12月/		12月/	
	合计:		合计:

---

## 第二部分 共同监护/探视

---

选择一项:             共同监护                             仅探视                             两者都不是

---

探视小时数:

定期探视:

从 (填写一周中的某一天)                            (填写时间)                            (圈定一项)  
上午/下午

至 (填写一周中的某一天)                            (填写时间)                            (圈定一项)  
上午/下午

假日探视:                             是                             否  
如果是, 请填写日期/时间:

夏季探视:                             是                             否  
如果是, 请填写日期/时间:

整夜探视:                             是                             否  
如果是, 请填写日期/时间:

法庭判决的监护/探视安排:                             是                             否

其它说明:

---

本人声明, 据我所知所信, 以上信息准确无误。我知道, 这些信息可能要提供给父母另一方核实, 任何一方都可能被要求提供证明材料。

\_\_\_\_\_  
姓名 (印刷体)

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期



# 医疗保险信息表

DCSS 0054 CHI (04/27/05)

县:	电话:	LCSA 案件编号:
非监护父母:		
全名 (名、中间名、姓、后缀)	<input type="checkbox"/> 本人是 <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 非监护父母
地址 (街道)	市, 州, 邮政编码	
电话	社会安全号码	
雇主 (名称、街道、市、州、邮政编码、电话)		

说明:如果医疗保险可以从非监护父母或?雇主那里获得或由其提供,则请填写第一部分。

## 第一部分:您的医疗保险

医疗保险: 您目前参加了医疗保险吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是,请填写以下信息。		
医疗保险公司或工会(提供工会的当地号码)	提供者: <input type="checkbox"/> 监护方 <input type="checkbox"/> 雇主	<input type="checkbox"/> 非监护父母 其它: 关系:
保险公司地址:街道、房号或单元号 (理赔金邮寄地址)		电话号码 (包括区号)
市	州	邮政编码
		保单号码
保险金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月	
您支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月	
雇主支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月	
适用于雇员医疗保险 部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险 部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保 险所需要的费用

### 已参加医疗保险的受抚养人

姓名 (名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

若参加了您的医疗保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

不向受抚养人提供

保单覆盖项目(勾选所有适用的项目):

- 医生门诊       补充医疗保险       特种疾病       处方药  
 长期护理       住院       医院门诊       其它 (请说明)  
 (即: 试验室检查和物理疗法)

牙科保险:

您目前参加了牙科保险吗?       是       否      如果是, 请填写以下信息。

牙科保险公司名称

牙科保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市	州	邮政编码	保单号码
保险金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用(美元)	

参加了牙科保险的受抚养人

姓名 (名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

若参加了您的牙科保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

不向受抚养人提供

视力保险:

您目前参加了视力保险吗?       是       否      如果是, 请填写以下信息。

视力保险公司名称

视力保险公司地址:街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市	州	邮政编码	保单号码
保险金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
您支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
雇主支付的金额(美元)	选择一项: <input type="checkbox"/> 每周 <input type="checkbox"/> 每两周 <input type="checkbox"/> 每半月		
适用于雇员医疗保险部分的扣减金额(美元)	适用于受抚养人医疗保险部分的扣减金额(美元)	增加一名子女参加保险所需要的费用(美元)	

参加了视力保险的受抚养人

姓名 (名、中间名、姓)	社会安全号码	性别	出生日期	保单号码	起始日期	截止日期
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

若参加了您的视力保险的其他受抚养人的姓名和保单号码列于另页,请勾选此框。请附上该另页。

不向受抚养人提供

---

---

## 第二部分：父母另一方的保险

### 医疗保险：

父母另一方目前为孩子或您提供牙科保险吗？

是  否

如果是，请填写以下信息。

医疗保险公司名称

医疗保险公司地址：街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市

州

邮政编码

### 牙科保险：

父母另一方目前为孩子或您提供牙科保险吗？

是  否

如果是，请填写以下信息。

牙科保险公司名称

牙科保险公司地址：街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市

州

邮政编码

### 视力保险：

父母另一方目前为孩子或您提供视力保险吗？

是  否

如果是，请填写以下信息。

视力保险公司名称

视力保险公司地址：街道、房号或单元号(理赔金邮寄地址)

市

州

邮政编码

---

## 第三部分：(必须填写)

我已附上了孩子的保险卡/保险资料。

目前我没有孩子的保险卡/保险资料。我从保险公司获得了这些资料后将寄给你们。

目前，尚无可以参加的医疗保险。我知道，当可以参加保险时，我将让孩子参保。不能参保的原因是：

没有提供

季节性

零时工

被拒绝参加

保费不合理

符合试用期/试用日条件

---

## 隐私权声明

根据1997年《个人信息保护条例》(《民法典》第 1798.17条)和1974年《联邦隐私权法》(第 93-579号公法)，向个人收集个人信息时，必须提供此声明。本表格所要求的信息，包括社会安全号码，供加州儿童福利局(DCSS)使用，用于识别您的身份和与您通信联络。根据《社会保障法》第466(a)(13)条，对必须执行离婚判决书、抚养费命令、父权确认或声明的任何个人，加州儿童福利局必须收集其社会安全号码。

提供社会安全号码是强制性的，该号码将在地方儿童福利局备案，用于寻找和识别当事人及其资产，以确定、变更和执行其子女抚养义务。为孩子办理医疗保险时，可能要求向父母另一方的雇主透露孩子的社会安全号码和邮寄地址，或将孩子的社会安全号码透露给父母另一方。

您的案件信息可能会提供给州和能合法获得这类信息的其它机构或供他们讨论，也可能在法律允许的范围内提供给父母另一方或其律师。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
姓名(印刷体)

\_\_\_\_\_  
电话号码(包括区号)

\_\_\_\_\_  
称谓

空白页

ATTORNEY OR PARTY WITHOUT ATTORNEY (Name, State Bar number, and address):      TELEPHONE NO.: E-MAIL ADDRESS (Optional): ATTORNEY FOR (Name):	<b>FOR COURT USE ONLY</b>
<b>SUPERIOR COURT OF CALIFORNIA, COUNTY OF</b> STREET ADDRESS: MAILING ADDRESS: CITY AND ZIP CODE: BRANCH NAME:	
PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	
<b>INCOME AND EXPENSE DECLARATION</b>	CASE NUMBER:

**1. Employment** (Give information on your current job or, if you're unemployed, your most recent job.)

Attach copies of your pay stubs for last two months (black out social security numbers).

- a. Employer:
- b. Employer's address:
- c. Employer's phone number:
- d. Occupation:
- e. Date job started:
- f. If unemployed, date job ended:
- g. I work about \_\_\_\_\_ hours per week.
- h. I get paid \$ \_\_\_\_\_ gross (before taxes)  per month  per week  per hour.

(If you have more than one job, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and list the same information as above for your other jobs. Write "Question 1—Other Jobs" at the top.)

**2. Age and education**

- a. My age is (specify):
- b. I have completed high school or the equivalent:  Yes  No If no, highest grade completed (specify):
- c. Number of years of college completed (specify):  Degree(s) obtained (specify):
- d. Number of years of graduate school completed (specify):  Degree(s) obtained (specify):
- e. I have:  professional/occupational license(s) (specify):  
 vocational training (specify):

**3. Tax information**

- a.  I last filed taxes for tax year (specify year):
- b. My tax filing status is  single  head of household  married, filing separately  
 married, filing jointly with (specify name):
- c. I file state tax returns in  California  other (specify state):
- d. I claim the following number of exemptions (including myself) on my taxes (specify):

**4. Other party's income.** I estimate the gross monthly income (before taxes) of the other party in this case at (specify): \$  
 This estimate is based on (explain):

(If you need more space to answer any questions on this form, attach an 8½-by-11-inch sheet of paper and write the question number before your answer.) Number of pages attached: \_\_\_\_\_

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained on all pages of this form and any attachments is true and correct.

Date:

\_\_\_\_\_  
 (TYPE OR PRINT NAME)



\_\_\_\_\_  
 (SIGNATURE OF DECLARANT)

PETITIONER/PLAINTIFF: _____ RESPONDENT/DEFENDANT: _____ OTHER PARENT/CLAIMANT: _____	CASE NUMBER: _____
---	-----------------------

**Attach copies of your pay stubs for the last two months and proof of any other income. Take a copy of your latest federal tax return to the court hearing. (Black out your social security number on the pay stub and tax return.)**

5. **Income** (For average monthly, add up all the income you received in each category in the last 12 months and divide the total by 12.)

	Last month	Average monthly
a. Salary or wages (gross, before taxes) . . . . .	\$ _____	_____
b. Overtime (gross, before taxes) . . . . .	\$ _____	_____
c. Commissions or bonuses. . . . .	\$ _____	_____
d. Public assistance (for example: TANF, SSI, GA/GR) or bonuses <input type="checkbox"/> currently receiving . . . . .	\$ _____	_____
e. Spousal support <input type="checkbox"/> from this marriage <input type="checkbox"/> from a different marriage . . . . .	\$ _____	_____
f. Partner support <input type="checkbox"/> from this domestic partnership <input type="checkbox"/> from a different domestic partnership	\$ _____	_____
g. Pension/retirement fund payments. . . . .	\$ _____	_____
h. Social security retirement (not SSI) . . . . .	\$ _____	_____
i. Disability: <input type="checkbox"/> Social security (not SSI) <input type="checkbox"/> State disability (SDI) <input type="checkbox"/> Private insurance .	\$ _____	_____
j. Unemployment compensation . . . . .	\$ _____	_____
k. Workers' compensation . . . . .	\$ _____	_____
l. Other (military BAQ, royalty payments, etc.) (specify): . . . . .	\$ _____	_____

6. **Investment income** (Attach a schedule showing gross receipts less cash expenses for each piece of property.)

a. Dividends/interest. . . . .	\$ _____	_____
b. Rental property income . . . . .	\$ _____	_____
c. Trust income. . . . .	\$ _____	_____
d. Other (specify):. . . . .	\$ _____	_____

7. **Income from self-employment, after business expenses for all businesses** . . . . . \$ \_\_\_\_\_

I am the  owner/sole proprietor  business partner  other (specify):  
 Number of years in this business (specify):  
 Name of business (specify):  
 Type of business (specify):

**Attach a profit and loss statement for the last two years or a Schedule C from your last federal tax return. Black out your social security number. If you have more than one business, provide the information above for each of your businesses.**

8.  **Additional income.** I received one-time money (lottery winnings, inheritance, etc.) in the last 12 months (specify source and amount):

9.  **Change in income.** My financial situation has changed significantly over the last 12 months because (specify):

10. **Deductions**

	Last month
a. Required union dues . . . . .	\$ _____
b. Required retirement payments (not social security, FICA, 401(k), or IRA). . . . .	\$ _____
c. Medical, hospital, dental, and other health insurance premiums (total monthly amount). . . . .	\$ _____
d. Child support that I pay for children from other relationships. . . . .	\$ _____
e. Spousal support that I pay by court order from a different marriage. . . . .	\$ _____
f. Partner support that I pay by court order from a different domestic partnership . . . . .	\$ _____
g. Necessary job-related expenses not reimbursed by my employer (attach explanation labeled "Question 10g"). . . . .	\$ _____

11. **Assets**

	Total
a. Cash and checking accounts, savings, credit union, money market, and other deposit accounts . . . . .	\$ _____
b. Stocks, bonds, and other assets I could easily sell . . . . .	\$ _____
c. All other property, <input type="checkbox"/> real and <input type="checkbox"/> personal (estimate fair market value minus the debts you owe) . . . . .	\$ _____

PETITIONER/PLAINTIFF: _____ RESPONDENT/DEFENDANT: _____ OTHER PARENT/CLAIMANT: _____	CASE NUMBER: _____
---	-----------------------

**12. The following people live with me:**

Name	Age	How the person is related to me? (ex: son)	That person's gross monthly income	Pays some of the household expenses?
a.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
b.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
c.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
d.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
e.				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**13. Average monthly expenses**       Estimated expenses       Actual expenses       Proposed needs

<p>a. Home:</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> Rent or <input type="checkbox"/> mortgage . . . \$ _____</p> <p style="margin-left: 20px;">If mortgage:</p> <p style="margin-left: 40px;">(a) average principal: \$ _____</p> <p style="margin-left: 40px;">(b) average interest: \$ _____</p> <p>(2) Real property taxes . . . . . \$ _____</p> <p>(3) Homeowner's or renter's insurance (if not included above) . . . . . \$ _____</p> <p>(4) Maintenance and repair . . . . . \$ _____</p> <p>b. Health-care costs not paid by insurance. . . \$ _____</p> <p>c. Child care . . . . . \$ _____</p> <p>d. Groceries and household supplies. . . . . \$ _____</p> <p>e. Eating out. . . . . \$ _____</p> <p>f. Utilities (gas, electric, water, trash) . . . . . \$ _____</p> <p>g. Telephone, cell phone, and e-mail . . . . . \$ _____</p>	<p>h. Laundry and cleaning . . . . . \$ _____</p> <p>i. Clothes . . . . . \$ _____</p> <p>j. Education. . . . . \$ _____</p> <p>k. Entertainment, gifts, and vacation. . . . . \$ _____</p> <p>l. Auto expenses and transportation (insurance, gas, repairs, bus, etc.) . . . . . \$ _____</p> <p>m. Insurance (life, accident, etc.; do not include auto, home, or health insurance) . . . . . \$ _____</p> <p>n. Savings and investments. . . . . \$ _____</p> <p>o. Charitable contributions. . . . . \$ _____</p> <p>p. Monthly payments listed in item 14 (itemize below in 14 and insert total here) . . \$ _____</p> <p>q. Other (specify): . . . . . \$ _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>r. <b>TOTAL EXPENSES</b> (a-q) (do not add in the amounts in a(1)(a) and (b)) \$ _____</p> </div> <p>s. <b>Amount of expenses paid by others</b> \$ _____</p>
---	---

**14. Installment payments and debts not listed above**

Paid to	For	Amount	Balance	Date of last payment
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

**15. Attorney fees** (This is required if either party is requesting attorney fees.):

- a. To date, I have paid my attorney this amount for fees and costs (specify): \$ \_\_\_\_\_
- b. The source of this money was (specify): \_\_\_\_\_
- c. I still owe the following fees and costs to my attorney (specify total owed): \$ \_\_\_\_\_
- d. My attorney's hourly rate is (specify): \$ \_\_\_\_\_

I confirm this fee arrangement.

Date: \_\_\_\_\_

(TYPE OR PRINT NAME OF ATTORNEY)

(SIGNATURE OF ATTORNEY)

PETITIONER/PLAINTIFF: RESPONDENT/DEFENDANT: OTHER PARENT/CLAIMANT:	CASE NUMBER:
--	--------------

**CHILD SUPPORT INFORMATION**  
**(NOTE: Fill out this page only if your case involves child support.)**

**16. Number of children**

- a. I have *(specify number)*: \_\_\_\_\_ children under the age of 18 with the other parent in this case.
- b. The children spend \_\_\_\_\_ percent of their time with me and \_\_\_\_\_ percent of their time with the other parent.  
*(If you're not sure about percentage or it has not been agreed on, please describe your parenting schedule here.)*

**17. Children's health-care expenses**

- a.  I do  I do not have health insurance available to me for the children through my job.
- b. Name of insurance company:
- c. Address of insurance company:
  
- d. The monthly cost for the **children's** health insurance is or would be *(specify)*:\$ \_\_\_\_\_  
*(Do not include the amount your employer pays.)*

**18. Additional expenses for the children in this case**

Amount per month

- a. Child care so I can work or get job training. . . . . \$ \_\_\_\_\_
- b. Children's health care not covered by insurance . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- c. Travel expenses for visitation . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- d. Children's educational or other special needs *(specify below)*: . . . . . \$ \_\_\_\_\_

**19. Special hardships.** I ask the court to consider the following special financial circumstances  
*(attach documentation of any item listed here, including court orders):*

Amount per month      For how many months?

- a. Extraordinary health expenses not included in 18b. . . . . \$ \_\_\_\_\_
- b. Major losses not covered by insurance (examples: fire, theft, other insured loss) . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- c. (1) Expenses for my minor children who are from other relationships and are living with me . . . . . \$ \_\_\_\_\_
- (2) Names and ages of those children *(specify)*:

(3) Child support I receive for those children. . . . . \$ \_\_\_\_\_

The expenses listed in a, b, and c create an extreme financial hardship because *(explain)*:

**20. Other information I want the court to know concerning support in my case *(specify)*:**



## 《子女抚养费支付情况声明》填写说明

在本页背面声明您的抚养费支付情况。必须按月、按年分解所欠金额（法庭判决的金额）以及填写每次支付的金额。这些数据将有助于计算欠款金额（如果有）。

必须用另页分开填写子女抚养费、配偶赡养费、家庭赡养费、医疗支持费、未偿付医疗费及没有列出的其它援助。请勿将子女抚养费和配偶赡养费合并填写，除非法庭将这两项合并并在“家庭”抚养命令中。

在“判决金额”一栏，填写自法庭命令生效后每个月应付的抚养费。如果法庭命令被变更，务必填写每个月正确的应付金额。

在“支付金额”一栏，填写当月已支付金额（美元）。如果某月支付了两次，填写总额（美元）。填写支付金额时，请对应于实际支付月份而不是抚养费覆盖月份。必要时附另页。

请注意，此声明不具保密性，可能会提供给案件另一方审查。如果您对支付情况有异议，可能要求提供支付证据，例如，已付讫支票，收据等。

请整洁无误地填写此声明，务必准确无误地填写欠款金额（如果有）。

# 抚养费支付情况声明

填表人(姓名): \_\_\_\_\_

本人是  监护方  非监护父母

抚养费支付情况(选择一项):  子女抚养费  配偶赡养费  家庭抚养费  医疗费

未偿付的医疗费  其它(请说明): \_\_\_\_\_

年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_

	判决金额	支付金额	判决金额	支付金额	判决金额	支付金额
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						

年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_

	判决金额	支付金额	判决金额	支付金额	判决金额	支付金额
1月						
2月						
3月						
4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						

本人声明, 以上信息真实无误。如有虚假, 愿接受加利福尼亚州法律的惩罚。我知道, 这些信息可能要提供给另一方核实, 任何一方都可能被要求提供证明材料。

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_